

3. Полунина, Н. В. Состояние здоровья детей и пути его улучшения / Н. В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 5. – С. 17–24.

4. Жижин, К. С. Медицинская статистика: учебное пособие / К. С. Жижин. – Ростов н/Д : Феникс. 2011. – 160 с.

5. Социально-гигиенический мониторинг. Анализ медико-демографических и социально-экономических показателей на региональном уровне : учеб. метод рекомендации утвер. Приказом рук. ФС Роспотребнадзора Г. Г. Онищенко № 341 от 20.09.2010 / Н. В. Шестопалов [и др.]. – М. : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2010. – 53 с.

РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПЕРИНАТОЛОГИИ

*Козич А.А., Зверко В.Л., Сеница Л.Н.**

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
Гродно, Беларусь

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Респираторный дистресс-синдром (РДС) продолжает оставаться актуальной проблемой в современной перинатологии [1]. В генезе этой патологии основная роль принадлежит степени зрелости сурфактантной системы легких новорожденного [2, 3]. Тяжесть течения РДС зависит от степени недоношенности, наличия экстрагенитальной акушерско-гинекологической патологии у беременных женщин. Более тяжелое течение обычно наблюдаются у новорожденных мужского пола [3]. Несмотря на значительные успехи в респираторной поддержке, проведение антенатальной профилактики дыхательных расстройств, широкое использование препаратов сурфактанта, РДС и его последствия продолжают играть значительную роль в структуре неонатальной смертности [4].

Объект и методы исследования. Объектом исследования

явились 287 новорожденных детей с диагнозом РДС, пролеченных в отделении анестезиологии и реанимации новорожденных УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (УЗ «ГОКПЦ») за 2016-2017 годы. Проанализирована частота встречаемости данной патологии, тяжесть течения и исходы РДС, особенности сурфактантной терапии и респираторной поддержки при РДС. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-10.0», Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. В течение 2016-2017 годов в отделении анестезиологии и реанимации новорожденных (ОАиРН) УЗ «ГОКПЦ» пролечено 500 детей (6,6% от всех детей, родившихся живыми). 287 из них поступили в ОАиРН с диагнозом «Респираторный дистресс-синдром» (РДС), что составило 57,4% в структуре поступивших по нозологии в ОАиРН в течение двух лет.

Пролеченные новорожденные по половому признаку распределились следующим образом: 152 мальчика, что составило 52,9%, 135 девочек – 47,1%.

95 новорожденных (33,1%) с диагнозом РАЛ были извлечены путем операции кесарева сечения. 22 (23,1%) из них родились путем операции экстренного кесарева сечения. 192 (66,9%) детей родились через естественные родовые пути.

По сроку гестации дети распределились следующим образом: до 196 дней гестации с диагнозом РДС родилось 58 детей (20,2%), в сроке 197-244 дня – 176 детей (61,3%), в сроке гестации 245-259 дней – 53 (18,5%).

Распределение по массе тела при рождении младенцев с диагнозом РДС представлено в таблице 1.

Таблица 1. – Масса тела при рождении новорожденных с РДС

| Масса при рождении, кг | 2017 | | 2016 | |
|------------------------|---------------|------|---------------|------|
| | Количество, n | % | Количество, n | % |
| 0,500-0,999 | 13 | 9,4 | 14 | 9,4 |
| 1,000-1,499 | 38 | 27,5 | 40 | 26,8 |
| 1,500-1,999 | 51 | 37,0 | 57 | 38,2 |
| 2,000-2,499 | 26 | 18,8 | 31 | 20,8 |
| 2,500-2,999 | 10 | 7,3 | 7 | 4,7 |
| Всего | 138 | 100 | 149 | 100 |

Таким образом, РДС диагностировался у новорожденных во всех весовых категориях, однако каждый третий из них имел очень низкую или экстремально низкую массу тела при рождении.

Респираторная поддержка недоношенным новорожденным с диагнозом РАЛ проводилась в 100% случаев. Структура проводимой респираторной поддержки представлена в таблице 2.

Таблица 2. – Структура респираторной поддержки при РДС

| Респираторная поддержка | Количество детей, n | % |
|--------------------------------|---------------------|------|
| Традиционная ИВЛ | 156 | 54,3 |
| HFVO | 42 | 14,6 |
| N-CPAP | 57 | 19,9 |
| Дотация O ₂ в кювез | 32 | 11,2 |
| Всего: | 287 | 100 |

Как видно из таблицы 2 за 2016-2017 год на инвазивной вентиляции находилось 198 детей, что составило 68,9% от всех новорожденных с диагнозом РДС, получавших респираторную терапию. Из них 42 ребенка (21,2%) находились на высокочастотной вентиляции (HFVO), что свидетельствует о наличии крайне тяжелых форм течения РДС, требующих применения резервных методов искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Однако, в связи с расширением показаний для

профилактического введения сурфактантов и внедрения методики INSURE («интубация, сурфактант, экстубация») стало возможным более частое применение неинвазивных методов вентиляции (n-CPAP, n-IPPV) у новорожденных с РДС. С 2017 года методика INSURE в ОАиРН применяется ко всем препаратам сурфактанта.

Средняя длительность инвазивной ИВЛ у новорожденных с диагнозом РДС за 2017 год составила 134 часов против 143 часов в 2016 году.

За 2017 год 127 детей (90,6%) с диагнозом РДС получили сурфактантную терапию. 96 детей (75,6%) получили препарат «Куросурф», 29 детей (22,8%) – препарат «Сурванта», 2 детей (1,6%) – «Альвеофакт». При использовании препаратов сурфактанта у 39 пациентов (28,3%) потребовалось повторное введение препаратов, в 6 случаях (4,7%) – потребовалось для достижения эффекта 3 введения, а максимальная курсовая доза препаратов сурфактанта (4 введения) использована у 2 детей (1,6%). Во всех случаях получен положительный эффект.

Все новорожденные с диагнозом РДС, которым проводилась инвазивная вентиляция легких, в 100% случаев были переведены на аппаратное дыхание в течение первого часа жизни.

Все пациенты с диагнозом РДС переведены из отделения анестезиологии и реанимации на II этап выхаживания в педиатрическое отделение для новорожденных и недоношенных детей.

Выводы:

1. РДС – наиболее частая нозологическая причина, требующая госпитализации в отделение анестезиологии и реанимации новорожденных (57,4%).

2. Чаще всего РДС диагностируется у детей в сроке гестации менее 245 дней (до 35 недель) – 81,5%.

3. Увеличение использования неинвазивных методов вентиляции с профилактическим введением сурфактантов при РДС приводит к снижению частоты и продолжительности инвазивной вентиляции.

Список литературы:

1. Вильчук, К. У. Роль РНПЦ «Мать и дитя» в организации разноуровневой системы оказания перинатальной помощи в Республике Беларусь / К. У. Вильчук // Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии диагностики и лечения патологии плода : сб. науч. тр. и материалов междунар. науч. симп. и науч.-практ. конф. – Минск, 2010. – С. 10–20.
2. Surfactant replacement therapy in preterm infants: A European survey / A. H. Van de Kaam [et al.] // Neonatology. – 2011. – Vol. 100. – P. 71–77.
3. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants / D. Sweet [et al.] // Neonatology. – 2010. – Vol. 97. – P. 402–417.
4. Cooke, R.J. Postnatal growth and development in the preterm and small for gestational age infants. Importance of growth for health and development / R. J. Cooke // Nestle Nutrition Institute Workshop Series : Pediatrics Program. – 2010. – Vol. 65. – P. 85–98.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

***Козловский А.А., Пузан А.А., Козловский А.А. (мл.),
Лопатенко Е.О.***

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

Введение. Проблема рождения здорового потомства актуальна для всех стран мира, поэтому состояние здоровья детей и факторы, влияющие на его формирование, всегда находятся в центре внимания ученых-педиатров. В 2010 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) были поставлены задачи по снижению детской смертности на две трети и коэффициента материнской смертности на две трети к 2015 году, однако выполнить их не удалось [1, 2].

В 2015 году ВОЗ определила новые цели: снижение